



ISSN 1641-604 X

MEDICUS
MUNDI

Medicus Mundi Polonia

KWARTALNIK WYDAWANY PRZEZ MEDICUS MUNDI POLAND

PRZEZNACZONY DLA OSÓB ZAINTERESOWANYCH PROBLEMAMI MEDYCZNYMI WCHODZĄCYMI W ZAKRES TZW. MEDYCZYNY TROPICALNEJ I „INTERNATIONAL HEALTH”, ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM POTRZEB MISYJNYCH OŚRODKÓW MEDYCZNYCH

CZERWIEC 2003
NR 10 (rok III)

Oddajemy do druku już dziesiąty zeszyt *Medicus Mundi Polonia*. Zeszyt, podobnie jak poprzednie, jest drukowany w liczbie 1.500 egzemplarzy. Kwartalnik nadal otrzymują instytucje odpowiedzialne za misje, zakony misyjne, około 50 ośrodków misyjnych za granicą, z którymi bliżej współpracujemy, kilkudziesięciu naszych byłych kursantów, uczestników kursów nt. ochrony zdrowia w Centrum Formacji Misyjnej w Warszawie i Akademii Medycznej w Poznaniu. Kwartalnik otrzymują też biblioteki Wydziałów Lekarskich.

Niedługo *Medicus Mundi Polonia* będzie dostępny w Internecie na stronie Fundacji Redemptoris Missio pod adresem: www.am.poznan.pl/medicus.

Osoby, które już otrzymują *Medicus Mundi Polonia* proszone są o uwagi odnośnie tematów i problemów poruszanych na łamach czasopisma. Dążymy do tego, aby spełniał on oczekiwania czytelników. Do tej pory zajmowaliśmy się najważniejszymi problemami zdrowotnymi na misjach: HIV, malaria, gruźlica, trąd, choroby skóry, denga, zorganizowaną opieką nad matką i dzieckiem. W bieżącym numerze na łamach kwartalnika znajdują się biegunki, rola kobiet w ochronie zdrowia i dość dużo wiadomości bieżących. W kolejce czekają cholera, choroby psychiczne, filarioza, leishmaniozy. Będziemy kontynuować również omawianie spraw dotyczących sprawowania opieki medycznej w ośrodkach misyjnych, które omawiane są często na konferencjach Papieskiego Biura ds. zdrowia w Watykanie, Światowej Organizacji Zdrowia w Genewie, Medicus Mundi International w Brukseli. Zaglądamy też do publikacji Rady Kościołów (World Council of Churches, WCC) w Genewie i Niemieckiego Instytutu dla ds. misji medycznych (DIFAM) w Tübingen. Redakcji zależy na tym, aby spoglądać na sprawy dotyczące posługi leczniczej na misjach z możliwie jak najszer-

szej perspektywy i w duchu dialogu ekumenicznego w przekonaniu, że posługa lecznicza nie może stawiać barier religijnych, rasowych, kulturowych czy politycznych. Jeszcze raz prosimy o uwagi nt. kwartalnika.

Wydawanie i wysyłka *Medicus Mundi Polonia* pociąga za sobą określone koszty. Za kwoty, które kwartalnik kosztuje, można by zwiększyć pomoc Fundacji dla misji. Nie podejmiemy decyzji, aby wprowadzić odpłatność za prenumeratę kwartalnika wychodząc z założenia, że pociągałaby ona za sobą pewne ograniczenia, których chcielibyśmy uniknąć. Nie mniej do każdego zeszytu *Medicus Mundi Polonia* jest dołączony przekaz pocztowy. Dokonane wpłaty będą potwierdzeniem zainteresowania się kwartalnikiem i równocześnie życzeniem otrzymywania dalszych zeszytów.

Dla tych osób, które nie mają czasu lub chęci czytać wstępów od Redakcji, ponawiamy w skrócie nasze życzenia i prośby.

Redakcja *Medicus Mundi Polonia* prosi uprzejmie o:

- zgłaszanie osób, które mogą być zainteresowane otrzymywaniem kwartalnika,
- partycypowanie, w miarę możliwości, w kosztach jego druku i wysyłania,
- nadsyłanie uwag dotyczących treści kwartalnika, tak aby spełniał on w jak najszerszym zakresie oczekiwania osób pracujących na misjach lub przygotowujących się do tego zadania,
- podawanie nowego adresu w przypadku jego zmiany.

Oddając do rąk czytelników czwarty zeszyt *Medicus Mundi Polonia* Redakcja liczy na bliski kontakt z czytelnikami.

W numerze:

Ze Światowej Organizacji Zdrowia (WHO)	2
Z Medicus Mundi International	2
Z krajów misyjnych	
Lekarka w tropiku kandydatką do nagrody Nobla	3
Zanieczyszczone igły sprzyjają zakażeniom HIV	3
Święta Matka Urszula Ledóchowska z Pniew	4
Trąd w Indiach	4
Zwalczanie poliomyelitis. Stan na rok 2002	5

BIEGUNKI, HEMOGLOBINOPATIE

HEMOGLOBINOPATIE i ich związek z malarią	7
BIEGUNKI	9
Bioetyka w krajach rozwijających się	11
Kursy i konferencje	12
Kobiety a zdrowie społeczności	13
Posługa lecznicza Kościoła	16

Fundacja Pomocy Humanitarnej «Redemptoris Missio» Medicus Mundi Poland

Biuro Fundacji: Akademia Medyczna, ul. Dąbrowskiego 79, p. 503, Kolegium Prof. Adama Wrzoska, 60-529 Poznań, tel. +48 61 8477 458 wew.195, fax +48 61 8477 490; e-mail: medicus@eucalyptus.usoms.poznan.pl

Centrum Wolontariatu Fundacji: ul. Grunwaldzka 89, 60-311 Poznań, tel. +48 61 8621 321

<http://www.usoms.poznan.pl/medicus>

Konto bankowe: Bank Zachodni SA, I Oddział w Poznaniu nr rachunku 11201492-3740-137-3000

AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI

Ze Światowej Organizacji Zdrowia (WHO)

W dniach 19-28 maja 2003 odbyło się w Genewie kolejne 56 Zgromadzenie Ogólne ŚOZ (WHA 56). Dyrektor Generalna Dr Gro Harlem Brundtland (1998-2003) ustąpiła miejsca nowemu dyrektorowi Dr J. W. Lee, pochodzącemu z Korei Południowej i od wielu lat związanemu z WHO. W swojej działalności Dr Brundtland przyczyniła się znacznie do uznania na forum międzynarodowym spraw zdrowia jako nieodłącznie związanych z rozwojem ekonomicznym. Panepidemia

HIV i ostatnio epidemia SARP są tego przykładem. Rządy państw powinny być odpowiedzialne za poziom opieki zdrowotnej na swoim terenie; zależy on od wyboru problemów priorytetowych i strategii ich rozwiązywania, od tworzenia realistycznych programów zdrowotnych, realizowanych przez kompetentne zespoły współpracujące z WHO i innymi organizacjami międzynarodowymi. Do zagadnień priorytetowych należy opieka zdrowotna nad populacjami żyjącymi w warunkach nędzy i niedożywienia.

Obrazy na WHA koncentrowały się wokół kilku zagadnień: zwalczanie pandemii HIV/AIDS, zahamowanie szerzenia się malarii i gruźlicy, powstrzymanie epidemii SARP, uchwalenie rezolucji, mającej na celu

ograniczenie palenia tytoniu, zapobieganie urazom i agresji, polepszenie opieki zdrowotnej kobiet w ciąży i po porodzie oraz wzmocnienie opieki zdrowotnej w krajach rozwijających się przez współpracę sektorów publicznych i prywatnych. Notatka prasowa o tej rezolucji jest drukowana poniżej, jako doniesienie z Medicus Mundi International.

Znaczną wagę WHA przywiązywał do dostępu do leków podstawowych oraz do leków tradycyjnych – ludowych, do poprawy działania w sytuacjach katastrof oraz badań naukowych i przekazywania potrzebnych informacji, w tym wiadomości dotyczących zachorowań epidemicznych (np. SARP).

WHA w roku następnym będzie trwała tylko tydzień i rozpocznie się 17 maja 2004.

Z Medicus Mundi International (MMI)

Dzięki staraniom MMI na ostatnim Zgromadzeniu Ogólnym ŚOZ (WHA 56) w dniu 27 maja 2003 została przyjęta rezolucja nt. współpracy sektora publicznego i prywatnego w ochronie zdrowia. Treść notatki prasowej przygotowanej po WHA 56 jest następująca:

„WHO potwierdza znaczenie współpracy sektorów publicznego i prywatnego dla ochrony zdrowia przyjmując odpowiednią rezolucję na WHA 56. Zachęca ona sektor prywatny do uczestniczenia w ochronie zdrowia miejscowej populacji.

W związku z tym WHA 56 proponuje, aby rządy i lokalne organizacje pozarządowe podejmowały współpracę m.in. na zasadzie kontraktów. Propozycja kontraktów została zaproponowana przez MMI już przed 4 laty na WHA 52 w czasie konferencji, w której wzięli udział przedstawiciele 40 krajów. Tematem konferencji było „Contracting NGO's for Health” (współpraca organizacji pozarządowych dla ochrony zdrowia na zasadzie kontraktów).

MMI podkreślał, że nadanie formalnych ram współpracy między rządami, a organizacjami pozarządowymi przyczyni się znacznie do poprawy sytuacji w zakresie „zdrowia dla wszystkich”. W krajach, w których wprowadzono już współpracę z sektorem pozarządowym, prowadzony

dialog ze stroną rządową stał się pomocny w określaniu wspólnej polityki zdrowotnej i doprowadził już do korzystnych dla obu stron wyników. Pomógł on znacznie w udostępnianiu opieki zdrowotnej najbardziej potrzebującej części lokalnych społeczności.

W ciągu ostatnich 3 lat MMI odbył szereg konsultacji w WHO i z niezależnymi doradcami nt. bliższej współpracy z partnerami w Afryce. Konsultacje te miały na celu analizę doświadczeń wynikających z już istniejących „kontraktów” oraz ustalenie dalszych zasad i celów działania. Nowe założenia wprowadzania „kontraktów” zostały już opublikowane w postaci „Guidelines on contracting”. Powinny one być pomocą w określaniu kontraktów w warunkach specyficznych dla danego kraju.

W najbliższej przyszłości MMI będzie koncentrował swoje wysiłki na udzielaniu pomocy swoim partnerom w poprawie działania istniejących systemów zdrowotnych poprzez stworzenie takich możliwości, aby kontrakty były realizowane w sposób kompetentny i skuteczny. W tym celu w nadchodzącym roku przewiduje się zwołanie kilku konferencji roboczych w sprawie prywatnych instytucji zdrowotnych.

MMI jest zobowiązany wszystkim, którzy poparli ww. rezolucję. Jej przyjęcie przez WHA 56 zachęca MMI do dalszego zaangażowania się w sprawy ochrony zdrowia w krajach rozwijających się.”
Bliższe informacje nt. MMI są osiągalne pod www.medicusmundi.org lub info@medicusmundi.be

Medicus Mundi Polonia Kwartalnik Fundacji Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio” i Medicus Mundi Poland

Redaktor: Prof. zw. em. Zbigniew Pawłowski, DTMH.

Sekretarz Redakcji: Lek. med. Norbert Rehlis, HCMTc, prezes Fundacji

Rada Redakcyjna: Ks. Ambroży Andrzejak (Poznań), Dr h.c. Wanda Błęńska (Poznań), Dr Mirosława Góra (Zambia), Ks. lek. med. Jan Jaworski (PNG), Dr hab. Anita Magowska (Poznań), Dr Wanda Marczak-Malczewska (Zakopane), Mgr Aniela Piotrowicz (Poznań), Lek. med. Rafał Sadowski (Kraków), Dr hab. Jerzy Stefaniak (Poznań, przewodniczący), Dr Edgar Widmer (Thalwil, Szwajcaria).

Wydawca i dystrybucja: Fundacja Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio” – Medicus Mundi Poland, pokój 503, Kolegium Prof. Adama Wrzoska, Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego, ul. Dąbrowskiego 79, 60-529 Poznań, tel. 061+ 8477458 w. 195, faks 061+ 8477490, e-mail: medicus@eucalyptus.usoms.poznan.pl.

Adres Redakcji: Klinika Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, kierownik Dr hab. Jerzy Stefaniak, ul. Przybyszewskiego 49, 60-355 Poznań, telefon 061+8691363, faks 8691699, e-mail: medtrop@mp.pl.

Prenumerata: Celem regularnego otrzymywania *Medicus Mundi Polonia* osoby zainteresowane proszone są o kontakt z Biurem Fundacji. Sumy przesłane na konto Fundacji na załączonym przekazie lub przekazane bezpośrednio na rachunek Fundacji w Banku Zachodnim S.A., I Oddział w Poznaniu, nr r-ku 11201492-3740-137-3000, pozwolą na terminowe przygotowywanie i wysyłkę kwartalnika bez większego uszczuplenia skromnych zasobów finansowych Fundacji.

Przygotowanie: Wydawnictwo Kontekst, Poznań. e-mail: wydawnictwo.kontekst@xl.wp.pl
Nakład: 1500 egz.

Z KRAJÓW MISYJNYCH**Lekarka w tropiku kandydatką do Nagrody Nobla**

Dr Catherine Hamlin, lat 79, jest Australijką, ginekologiem. Przez 44 lata pracuje w Fistula Hospital w Addis Abebie, zajmując się leczeniem przetok powstałych w związku z porodem. Operowała już ponad 24.000 kobiet z przetokami. Została ostatnio zgłoszona do Nagrody Nobla.

W naszych warunkach przetoki poporodowe, łączące pochwę i drogi moczowe lub jelito grube powstają rzadko. W wielu krajach rozwijających się są one częstym powikłaniem porodu; ocenia się, że kobiet z przetokami jest kilka milionów. Przyczynami przetok są często młodość i wiek rodzących, których miednica nie jest jeszcze rozwinięta na tyle, aby poród odbył się sprawnie. W tych warunkach przedłużająca się akcja porodowa i brak opieki położniczej prowadzi do wytworzenia przetok między pochwą, a drogami moczowymi lub jelitem grubym, którymi mocz, a niekiedy również kał, spływają bezwiednie do pochwy, a stamtąd na zewnątrz, na uda. W warunkach tropikalnych w przypadku przetok utrzymanie jakiegokolwiek higieny jest niemożliwe; kobiety z przetokami śmierdzą, są porzucane przez mężów i często odrzucane ze społeczności.

Nicolas Kristof, reporter New York Times'a, spotkał w Addis Abebie młodą pielęgniarkę – Mohammed. W wieku 8 lat została ona sprzedana jako niewolnica, w wieku 12 lat zgwałcona, w wieku 13 lat wysłana do buszu, aby porodziła własnymi siłami. Z powodu przedłużającego się porodu dziecko urodziło się martwe, a u młodocianej matki rozwinęły się przetoka pochwowa i częściowe porażenie nóg. Mohammed po powrocie do wsi, wypędzona została do osobnej chaty na skraju osiedla: chata została pozbawiona drzwi w oczekiwaniu, że hieny zwa-

bione odorem, wywloką nieszczęsną do buszu i tam zakończy się jej tragedia. Zdarzyło się, że amerykańskie misjonarki znalazły dziewczynę i przekazały ją do Fistula Hospital w Addis Abebie. Dziewczyna została tam operowana przez Dr Hamlin. Po operacji zaoferowano jej możliwość wyszkolenia jako pielęgniarki i pracy w tamtejszym szpitalu.

Ocenia się, że w Etiopii każdego roku u około 8.500 kobiet rozwijają się przetoki poporodowe. W Fistula Hospital w Addis Abebie operuje się rocznie 2.500 takich przypadków. W Nigerii żyje prawdopodobnie 800.000 kobiet z przetokami tego rodzaju. Kobiety to są osamotnione w swoim kalectwie, gdyż – w przeciwieństwie do trędowatych lub chorych na AIDS – nikt się nimi nie zajmuje. United Nations Population Fund miał wprawdzie pewną sumę przeznaczoną na prowadzenie porodów pod opieką medyczną i zapobieganie powstawaniu powikłań poporodowych, ale fundusze te zostały ostatnio obcięte przez Prezydenta G.W.Busha. Dwie wolontariuszki amerykańskie rozpoczęły kampanię pod nazwą „34 milion friends”; z zebranej sumy ½ miliona US\$ zostanie przekazane na zapobieganie powstawania przetok i ich leczenie w 13 krajach. Dr Lewis Wall, mający duże doświadczenie w leczeniu przetok, zamierza zbudować szpital specjalizujący się w leczeniu przetok w Afryce Zachodniej. Bliższe informacje są dostępne w internecie pod www.fistulahospital.org i www.wfmic.org.

Na podstawie artykułu N.D.Kristof'a opublikowanego w International Herald Tribune, 17-18 maja 2003, opracował Zbigniew Pawłowski

Zanieczyszczone igły sprzyjają zakażeniom HIV

Przenoszenie HIV w środowisku narkomanów poprzez zanieczyszczone igły jest zjawiskiem znanym i częstym. Ostatnio zwraca się uwagę na znaczną częstość przenoszenia HIV w krajach rozwijających się przez niesterylne strzykawki używane w ośrodkach zdrowia. Przemawiają za tym następujące obserwacje. W latach 1990-tych w Zimbabwie zakażenia HIV zwiększały się o 12%

rocznie, a zapadalność na inne choroby przenoszone drogą płciową zmniejszała się o 25%. Botswana, w której znacznie upowszechniono dostęp do służby zdrowia w rejonach wiejskich, zanotowała równocześnie jeden z najwyższych odsetek zapadalności na HIV, również na wsi; zwykle w Afryce odsetek jest większy w miastach niż na wsi. Sugeruje to częste przenoszenie HIV przez zanie-

czyszczone igły i strzykawki. Stwierdzono, że w krajach rozwijających się potrzeba 6.4 miliardów igieł i strzykawek rocznie, aby zabezpieczyć bezpieczne podawanie leków i pobieranie krwi (Bull.WHO, 2003, 81: 307, 311). Ocenia się, że rocznie w świecie wykonuje się 16 miliardów wstrzyknięć, z tego 30% wykonywane jest niesterylnym sprzętem.

Święta Matka Urszula (Ledóchowska) z Pniew

Uroczystości kanonizacyjne Matki Urszuli Ledóchowskiej, założycielki Zgromadzenia Sióstr Urszulanek Serca Jezusa Konającego, z siedzibą w Pniewach, i współpatronki Archidiecezji Poznańskiej miały miejsce 18 maja 2003 w Rzymie. Dzięki współpracy Kurii Metropolitalnej i Mediteraneum została zorganizowana pielgrzymka Archidiecezji Poznańskiej do Rzymu. Motywem pielgrzymowania była nie tylko kanonizacja 4 nowych świętych, lecz także 83 urodziny Ojca Świętego Jana Pawła II oraz 25 rok Jego pontyfikatu.

Ksiądz Dr Ambroży Andrzejak, Fundator Fundacji „Redemptoris Missio”, wspomina: „w promieniach majowego słońca na plac Świętego Piotra przybył entuzjastycznie witany Ojciec Święty Jan Paweł II. Pod Jego przewodnictwem odbyła się Msza Święta koncelebrowana przez wielu kardynałów i 40 księży. Na frontonie Bazyliki Świętego Piotra ukazane zostały portrety Bp. Józefa Sebariana Pelczara, Matki Urszuli Ledóchowskiej, Marii de Matias oraz Virginii Centoriane Brocelli. W homilii Ojciec Święty ukazał drogę do świętości czterech osób kanonizowanych. Śpiewał chór „Promyki słoneczne” pod dyrekcją S. Danieli Jankowskiej, Urszulanki Szarej z Pniew. Następnego dnia na placu Św. Piotra odbyło się spotkanie Narodowej Pielgrzymki do

Rzymu, w której udział wzięło ponad 20.000 Rodaków. Ojciec Święty Jan Paweł II serdecznie dziękował wszystkim zgromadzonym na placu i ... mówił m.in. o roli Polaków w procesie integracji Europy, podkreślając, że zadaniem Polski jest budowanie wspólnego ducha.”

Święta Matka Urszula była Polką i Europejką zarazem. Swoim postępowaniem



wyprzedziła czas, w którym żyła i działała m.in. przypisując ogromną rolę edukacji. Osobista świętość Jej życia przejawiała się w dobroci wobec wszystkich spotkanych ludzi, w apostołstwie uśmiechu, w trosce o ubogich oraz nauczanie i wychowanie dzieci i młodzieży. Matka Urszula znana jest nie tylko w Polsce. „Echo aus Africa”, miesięcznik, założony przez nią jeszcze w XIX wieku, jest nadal wydawany przez siostry klawerianki w Szwajcarii. W każdym zeszytce, dostępnym w wielu parafiach szwajcarskich, są wspomnienia o Matce Urszuli oraz podziękowania za łaski uzyskane za Jej pośrednictwem. Z miesięcznika tego zapożyczaliśmy zdjęcie Matki Urszuli. Siostry Urszulanki „Szare” liczą dzisiaj około 900 zakonnic w 100 klasztorach w 12 krajach. Są one również obecne w Brazylii i w Argentynie, w Tanzanii i na Filipinach.

Jak pisze Matka Urszula w swoich wspomnieniach „w czasie audiencji u Papieża Benedykta XV, po wyluszczeniu swojej prośby o powołanie nowego zgromadzenia, usłyszała: „A teraz Matka postąpi dobrze, jeśli wróci do swego klasztoru, bo zakonnica, która tak biegnie po świecie, nie czyni dobrze.” Dzięki temu bieganiu mamy nową Świętą, a przede wszystkim setki „Szarych” Urszulanek, pracujących też w krajach tropikalnych.

TRĄD W INDIACH

Od Redakcji: Zwalczenie trądu w świecie realizowane jest skutecznie. Uważa się, że obniżenie występowania trądu poniżej 1 przypadku na 10.000 osób badanej populacji doprowadzi z czasem do samolikwidacji trądu na danym terenie. Dr Bishakha De Sarkar z New Delhi komunikuje, że sytuacja w zakresie zwalczania trądu w Indiach nie jest jeszcze zadawalająca. Bull. WHO, 2003, 81:152-152.

Kilka dekad temu optymistycznie zakładano, że trąd będzie zlikwidowany do roku 2000. Cel ten nie został osiągnięty w Indiach. W roku 1981 stwierdzano tam 57.6 przypadków trądu na 10.000 osób, a w roku 2002 już tylko 4.2. Oczekuje się, że w ciągu najbliższych 3 lat występowanie świeżych przypadków trądu w Indiach będzie poniżej 1.0. Oceniano, że w kwietniu 2002 w całych Indiach było 440.000 trędowatych. Rozmieszczenie ich jest jednak nierówne. W stanie Orissa częstość występowania spadła z 23.9/10.000 w roku 1981 do 8,9/10.000 w roku 2002. W stanie Jharkhand aktualnie sytuacja przedstawia się jeszcze gorzej z częstością występowania 12.95/10.000, trzykrotnie większą niż średnia dla Indii. W stanie Bihar częstość występowania również przekracza 8/10.000. W latach ubiegłych aktywne zwalczanie trądu było prowadzone w południowych stanach Indii, gdzie zapadalność w latach 1980-tych była najwyższa. Obecnie większą uwagę zwraca się na trzy stany wschodnie: Orissa, Jharkhand, Bihar.

Kampania zwalczania trądu w Indiach rozpoczęła się w latach 1993-1994 po uzyskaniu pożyczki na ten cel z Banku Światowego. Spopularyzowano, wprowadzoną przez WHO w roku 1991 skojarzoną, wielolekową terapię. Głównym zadaniem kampanii było wczesne rozpoznanie trądu i jego konsekwentne leczenie. W tym celu przeszkolono grupy wolontariuszy, którzy wizytowali szkoły i miejscowe centra handlowe, przekazując informacje o możliwości leczenia trądu. Do akcji włączyły się radio i telewizja. Rząd Indii zapewnił darmowe leczenie trędowatych w ośrodkach zdrowia najbliższych miejscu zamieszkania. Od roku 2004 rozpoczyna się druga faza akcji zwalczania trądu, w której wczesne rozpoznawanie trądu i jego konsekwentne leczenie będzie włączone do obowiązków podstawowej opieki medycznej i powierzone opiece władz lokalnych. Prawdopodobnie likwidacji ulegną oddzielne departamenty ministerstw zdrowia zajmujące się zwalczaniem trądu.

STAN NA ROK 2002

Zwalczanie poliomyelitis

Od Redakcji: Poliomyelitis było nie tak dawno częstym zakażeniem w tropiku. Po dziś dzień spotyka się tam osoby z widocznymi śladami po porażeniach wywołanych tą zakaźną chorobą. Za MMWR, numer kwietniowy 2003, przekazujemy informacje o aktualnym stanie zwalczania polio w świecie.

W roku 1988 Zgromadzenie Ogólne Światowej Organizacji Zdrowia podjęło rezolucję o zwalczaniu polio w skali globalnej. Do roku 2002 liczba krajów, w których polio występowało endemicznie zmniejszyła się z 125 do 7-miu, a występowanie polio zmniejszyło się o ponad 99%. Trzy Biura Regionalne WHO potwierdziły na swoim terenie likwidację polio: AMRO (kontynent amerykański) w 1994, WPRO (Zachodni Rejon Pacyfiku, łącznie z Chinami) w 2000 i EURO (rejon europejski) w 2002. Mimo tego postępu w roku 2002 stwierdzono jeszcze 1.920 przypadków polio, nawet o 483 więcej niż w roku 2001, głównie w Indiach.

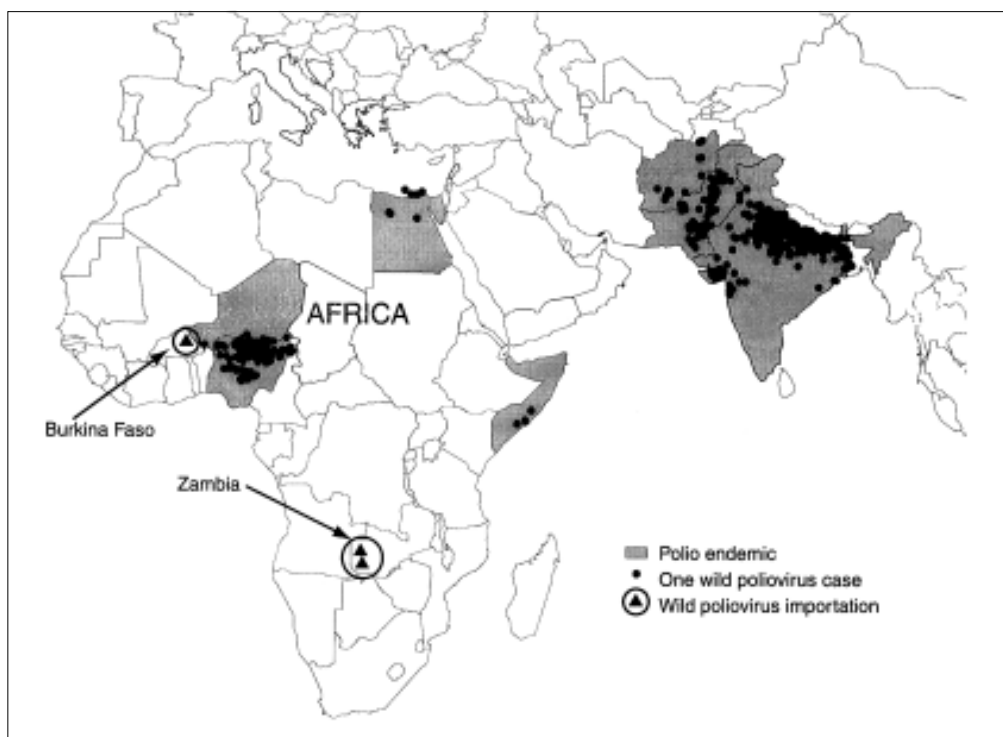
Największa liczba przypadków (99%) rejestrowana była w 3 krajach: Indiach (1.599), Nigerii (201) i w Pakistanie (93). Większość przypadków w Indiach (78%) występowała w stanach Uttar Pradesh i Bihar. Po kilka przypadków polio rejestrowano w Afganistanie (11), Egipcie (7), Nigrze (3) i w Somalii (3). W dwóch krajach w Afryce, a mianowicie w Zambii i w Burkina Faso, obserwowano pojedyncze przypadki polio, zawleczone z innych krajów.

W roku 2001 szczepienie 3 dawkami doustnej szczepionki (OPV3) otrzymało 75% dzieci na świecie; odsetek szczepionych

wahał się od 54% w Afryce do 95% w Europie. W roku 2002 w krajach endemicznych, w ramach Narodowych Dni Immunizacyjnych (NIDs), wprowadzono dodatkowe szczepienia 500 milionów dzieci. Dodatkowe szczepienie natrafiało na znaczne trudności w stanie Uttar Pradesh w Indiach i w północnej Nigerii.

W świecie działa 145 laboratoriów obserwujących występowanie wirusa polio w przypadkach ostrych wiotkich porażenń mózgowych, występowanie szczepów „dzikich” polio oraz przypadków polio związanych ze szczepieniem (Haiti, Republika Dominikańska, Filipiny, Madagaskar). W roku 2002 w 149 krajach prowadzone były badania laboratoryjne nad występowaniem polio w przypadkach poszczepiennych i u osób z obniżoną odpornością oraz nad nadzorowaniem występowania szczepów dzikich.

W zwalczaniu polio w świecie szczególną uwagę zwracać się będzie na rejony o nadal znacznej zapadalności tj. stany Uttar i Bihar w Indiach i północną Nigerię. W niektórych krajach (Indie, Nigeria, Afganistan, Egipt, Niger, Pakistan i Somalia) prowadzone będą akcje doszczepiania polio.



Ryc. Występowanie polio w świecie w roku 2002 (rejony zacienione). Kropka odpowiada jednemu przypadkowi zakażenia szczepem dzikim; trójkąt odpowiada przypadkom zawleczonym polio.



Hemoglobinopatie i ich związek z malarią

Od Redakcji: w następnym numerze Medicus Mundi Polonia znajdzie się artykuł o niedokrwistościach. Obecnie przekazujemy oddzielne opracowanie hemoglobinopatii, która są nierzadkim zjawiskiem w tropiku i mają związek z występowaniem malarii. Opracowanie przygotował Dawid Specht, członek grupy Studenckiego Koła Naukowego przy Klinice Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych AM w Poznaniu. Przy opracowywaniu artykułu korzystał on m.in. z podręczników hematologii Kazimierza Janickiego, Lary Waterbury'ego i N.C.Huges Jones'a oraz podręcznika Tropical and Geographical Medicine, K.Warren'a i A.F.Mahmoud'a.

Podstawową rolą hemoglobiny jest transport tlenu z płuc do tkanek oraz dwutlenku węgla z tkanek do płuc. Hemoglobina jest tetramerem zbudowanym z dwóch typów łańcuchów polipeptydowych-podjednostek (α , β , γ , δ , S, itd.) tworzących globinę oraz z pojedynczej grupy hemowej. Wyróżniamy następujące hemoglobiny prawidłowe: HbA, HbA2 i HbF (hemoglobina płodowa).

Mutacje w obrębie genów kodujących łańcuchy bądź α , bądź β Hb są przyczyną powstawania hemoglobin nieprawidłowych powodujących tzw. hemoglobinopatie. Odrębną grupę anomalii Hb stanowią talasemie, których przyczyną jest zmniejszenie szybkości syntezy jednego z łańcuchów globinowych. Dotychczas scharakteryzowano ponad 600 hemoglobin atypowych, z których najczęstszym wariantem strukturalnym jest HbS, powodująca niedokrwistość sierpowatą.

NIEDOKRWISTOŚĆ SIERPOWATOKRWINKOWA JEST POWSZECHNA NA TERENACH MALARYCZNYCH

HbS powstaje w wyniku zastąpienia kwasu glutaminowego, występującego w prawidłowej Hb w pozycji 6 łańcucha β , cząsteczką waliny. Efektem tego jest sierpowaty kształt erytrocytów. Krwinki czerwone tego typu spowalniają przepływ krwi przez naczynia, co może prowadzić do uszkodzenia tkanek.

Obszar występowania genu HbS pokrywa się z zasięgiem malarii wywołanej przez *Plasmodium falciparum* i obejmuje przede wszystkim północne i środkowe obszary Afryki oraz regiony Środkowego Wschodu i południa Indii.

Obecność jednego genu dla HbA i jednego dla HbS jest charakterystyczna dla heterozygot. Erytrocyty tych chorych zawierają od 20 do 45% HbS, a pozostałą część stanowi głównie HbA. Takie osoby wykazują cechy sierpowatości, ale na ogół nie wykazują objawów klinicznych; jedynie niekiedy może u nich dojść do krwiomoczu oraz martwicy brodawek nerkowych, a u osób starszych także do zaburzeń zęgaszczania moczu. Obraz hematologiczny jest prawidłowy.

Występowanie dwóch genów HbS cechuje homozygoty i jest przyczyną niedokrwistości sierpowatokrwinkowej. Krwinki czerwone homozygot zawierają około 80% HbS, 17% HbF i 3% HbA2. Cechuje je sierpowaty kształt, mniejsza od prawidłowych erytrocytów podatność na odkształcenia, pewna sztywność kształtu krwinki i tendencja do tworzenia zatorów w małych i średnich naczyniach, co jest przyczyną zawałów tkanek np. płuc, nerek lub śledziony.

Choroba ta jest w szczególności rozpowszechniona wśród Afrykanów. Główne objawy kliniczne anemii sierpowatokrwinkowej to: przewlekła niedokrwistość hemolityczna, skłonność do infekcji (najczęściej są one wywołane przez *Streptococcus pneumoniae* i *Haemophilus influenzae*) oraz martwica tkanek. Nasilenie tych objawów zmienia się w zależności od okresu życia, co przedstawione jest w tabeli obok.

Osoby homozygotyczne pod względem allelu sierpowatości krwinek zwykle umierają w młodym wieku. Heterozygoty HbS wykazują pewną wyższość selekcyjną, objawiającą się większą odpornością tych osób na zarażenie *Plasmodium falciparum*, w stosunku do homozygot, które mogą chorować lub umrzeć na malarię.

Okres niemowlęcy
i wczesnego
dzieciństwa

- błądź skóry, możliwa żółtaczka;
- zespół ręką-stopą powstaje na skutek zamknięcia tętnic śródreżca i śródstopia i cechuje się trwającym około 3 tygodni symetrycznym i bolesnym obrzękiem dłoni i stóp;
- zespół sekwestracji śledziony – hiposplenizm, zatrzymanie krwinek czerwonych w śledzionie, podatność na zakażenia bakteryjne. Śledziona jest zwykle niewyczuwalna do 12 roku życia;
- zespół ostrej klatki piersiowej – najczęstsza przyczyna zgonów po 2 roku życia. Gorączka, bóle klatki piersiowej, zaburzenia oddychania;
- „kryzys brzuszny” – charakteryzuje się bólem, któremu często towarzyszy ogólne „rozbitcie”. Osluchiwaniem stwierdza się brak szmerów jelitowych;
- zawał mózgu; może objawiać się przewlekłą padaczką;
- błądź obwodowej części siatkówki.

Dzieci starsze
i dorośli

- kilkutygodniowe nawracające epizody bólowe kości i stawów przebiegające z gorączką;
- zawały kości oraz zakażenia w martwiczych obszarach kości spowodowane *Salmonella* lub *Staphylococcus*;
- owrzodzenia nóg;
- przewlekła choroba płuc i serce płucne;
- kardiomegalia;
- nerki: zawały kory i rdzenia nerek, martwica brodawek, stwardnienia nefronów powodujące niewydolność nerek;
- u mężczyzn bezpłodność, u kobiet częste poronienia;
- deformacje penisa.

Niedokrwistość sierpowata przebiega z okresami nasilenia choroby i remisji. Nie istnieje specjalne postępowanie w okresach remisji. Rodzice chorych dzieci powinni być informowani o zwiększonej podatności na infekcje. Niezbędne jest regularne podawanie leków antymalarycznych i kwasu foliowego. Czasem zalecane jest przetoczenie krwi lub transfuzja wymienna. Często stosuje się prewencyjne podawanie penicyliny i szczepienia przeciwko *Streptococcus pneumoniae*.

Okres tzw. kryzysu w anemii sierpowatej najlepiej leczyć w szpitalu, pamiętając o odpowiednim nawodnieniu, terapii tlenowej i lekach przeciwbólowych. Kryzys trwa zwykle kilka dni, w czasie których działanie leków przeciwbólowych stopniowo słabnie. Infekcje powinny być leczone odpowiednimi antybiotykami. Hematokryt i liczba retikulocytów powinny być monitorowane regularnie. Podczas nie powikłanego kryzysu bólowego nie należy wykonywać przetoczenia krwi. Pacjent

powinien otrzymać transfuzję krwi, jeśli występuje nadmierna hemoliza z jednoczesnym spadkiem stężenia hemoglobiny i ze wzrostem liczby retikulocytów. U młodych chorych należy kilka razy dziennie badać jamę brzuszną, aby można było wcześniej zdiagnozować zespół sekwestracji śledziony.

U pacjentów z nawracającymi kryzysami oraz u tych, u których wystąpił kryzys neurologiczny bądź płucny, konieczne jest obniżenie odsetka erytrocytów sierpowatych poniżej 40%. Można to osiągnąć poprzez dodatkowe przetoczenie krwi lub transfuzję wymienną.

W AFRYCE ZACHODNIEJ HEMOGLOBINA C MA RÓWNIŻ PODŁOŻE GENETYCZNE

Homozygoty dla HbC charakteryzują się obecnością w rozmazie krwi erytrocytów tarczowatych o prawidłowej lub obniżonej wartości MCV. Poza tym obserwuje się przewlekłą niedokrwistość hemolityczną i powiększenie śledziony. Hemoglobina C spotykana jest wyłącznie w zachodniej części Afryki, a w szczególności wśród mieszkańców Ghany i Nigerii. U podwójnych heterozygot dla HbS i HbC stwierdza się łagodniejszy przebieg choroby, niż u homozygot dla HbS. Jednakże u tych pacjentów obserwuje się zapalenie oraz zmiany krwotoczne siatkówki, a nawet ślepotę, a niekiedy hematurię, martwicę dłoni i stóp i zaburzenia oddychania.

W AZJI WYSTĘPUJE NIEKIEDY HEMOGLOBINA E

Hemoglobina E powstaje w wyniku pojedynczej substytucji w genie podjednostki β . Występuje ona wśród mieszkańców Azji południowo-wschodniej, Myanmar i Indii. U heterozygot nie stwierdza się niedokrwistości; w rozmazie krwi obwodowej obserwuje się nieliczne krwinki tarczowate z niską MCV. Homozygoty natomiast cechują się niedokrwistością i znaczną liczbą erytrocytów tarczowatych. Niedokrwistość jest zwykle nieznaczna, a śledziona często niewyczuwalna.

TALASEMIE α I β MAJĄ RÓWNIŻ TŁO GENETYCZNE I ZWIĄZEK Z MALARIĄ

W zależności od tego, którego łańcucha hemoglobiny dotyczy defekt syntezy, wyróżniamy: talasemie α i β .

Talasemie α występują szczególnie często w rejonach zachodniej Afryki i południowo-wschodniej Azji. Rzadko spotykane są w południowej Europie i na Środkowym Wschodzie. Na chromosomie 16 znajdują się 2 geny α -globiny. Każda komórka więc zawiera 4 geny α -globiny. Talasemia powstaje poprzez wypadnięcie jednego, dwóch, trzech lub czterech genów. Wyróżniamy dwie główne odmiany nieprawidłowego chromosomu. W pierwszej, jeden z dwóch genów ulega wypadnięciu (determinanta talasemii α^+), w drugiej oba geny ulegają wypadnięciu (determinanta talasemii $\alpha 0$).

W zależności od tego ile genów zostanie wyłączonych różne będą objawy kliniczne:

1. wypadnięcie jednego genu – talasemia α^+ – brak objawów klinicznych, możliwa niewielka niedokrwistość, obniżenie MCV i MCH.
2. wypadnięcie dwóch genów – talasemia $\alpha 0$ – cecha obecna u homozygot dla talasemii α^+ i u heterozygot dla talasemii $\alpha 0$. Stężenie Hb prawidłowe, MCV i MCH obniżone.
3. wypadnięcie trzech genów – choroba hemoglobiny H. Łańcuch α wytwarzany jest w bardzo małych ilościach. Ilość produkowanego łańcucha β zwiększa się, co jest przyczyną łączenia się jego w tetramery. Jest to tzw. hemoglobina H, która wytrącając się w erytrocytach tworzy ciała Heinz'a. Podczas ich usuwania z krwinek czerwonych w śledzionie dochodzi do uszkodzenia błony komórkowej erytrocytów i w efekcie skrócenia czasu ich życia. Objawy kliniczne: zawartość Hb między 7 a 11 g/dl, MCV i MCH obniżone, powiększona śledziona.
4. wypadnięcie czterech genów – zespół obrzęku płodowego Hb Barta – charakterystyczny dla homozygot $\alpha 0$. Łańcuch α nie jest produkowany, a w erytrocytach znajduje się hemoglobina utworzona z czterech łańcuchów γ . Choroba prowadzi do wewnątrzmacicznej

śmierci płodu, najczęściej między 25 a 40 tygodniem ciąży lub prowadzi do śmierci po urodzeniu.

Talasemia β występuje w południowej Europie, południowo-wschodniej Azji i w Afryce. Choroba ta może powstać jako następstwo całkowitego wypadnięcia genu β , bądź jako zmiany pojedynczych nukleotydów. Defekt prowadzący do zahamowania syntezy łańcuchów β jest przyczyną talasemii $\beta 0$, natomiast prowadzący do zmniejszenia jego produkcji jest przyczyną talasemii β^+ . Heterozygoty pod względem talasemii β wykazują wyższość selekcyjną nad homozygotami – chroni ona przed zarażeniem *Plasmodium falciparum*. Wyróżniamy:

1. heterozygotyczną postać talasemii β o przebiegu najczęściej bezobjawowym. Cechuje ją prawidłowe (*thalassaemia minima*) lub obniżone (*thalassaemia minor*) stężenie Hb, wzrost ilości HbA2 i HbF oraz wysoka liczba erytrocytów (mikrocytoza, komórki tarczowate, zasadochłonne nakrapianie), niska MCV.
2. homozygotyczną postać talasemii β , która obejmuje:
 - 2a β -*thalassaemia maior* – niedokrwistość Cooleya. Stwierdza się wówczas makrocytowe, hipochromiczne erytrocyty różnej wielkości i kształtu oraz komórki tarczowate, neutropenię i małopłytkowość. U pacjentów z talasemią $\beta 0$ stwierdza się brak HbA, a u pacjentów z talasemią β^+ zmniejszone stężenie HbA na korzyść HbF. Bezpośrednio po porodzie nie występują objawy kliniczne. Dopiero po kilku miesiącach, kiedy HbF powinna być zastępowana przez HbA, rozwija się niedokrwistość i żółtaczkę. Towarzyszą im powiększenie obwodu brzucha, osłabienie mięśni, zahamowanie wzrostu, deformacje kostne spowodowane przerostem tkanki erytropoetycznej (duże guzy czołowe i ciemieniowe, powiększona szczęka, deformacje zębów, nieprawidłowy zgryz, obniżony grzbiet nosa, ścięciężała kora kości długich, patologiczne złamania), splenomegalia (spowodowana nadmiernym niszczeniem krwinek czerwonych, co pogłębia niedokrwistość), zwiększone wchłanianie żelaza z jelit (nadmiar żelaza odkłada się w tkankach, może być on przyczyną marskości wątroby, cukrzycy i uszkodzenia mięśnia sercowego). Śmierć następuje między 10 a 20 rokiem życia.
 - 2b β -*thalassaemia intermedia* – niedokrwistość rozwija się między 1 a 2 rokiem życia. Chorzy są na ogół w dobrym stanie. Jednakże często obserwuje się zniekształcenia kości, splenomegalie, pozaszpikowe ogniska hemopoety, hemosyderozę i nawracające owrzodzenia nóg.

NIEDOBÓR DEHYDROGENAZY GLUKOZO-6-FOSFORANOWEJ ZWANY FAWIZMEM

Niedobór dehydrogenazy glukozy-6-fosforanowej jest również chorobą dziedziczną sprzężoną z chromosomem X. Mężczyźni i homozygotyczne kobiety chorują zawsze, zaś u kobiet heterozygotycznych występują dwie populacje erytrocytów: jedna bez niedoboru G-6-PD, a druga z niedoborem G-6-PD; kobiety heterozygotyczne mogą być zdrowe lub chorować. Heterozygotyczni nosiciele, podobnie jak w niedokrwistości sierpowatokrwinkowej, są oporni na zarażenie zarodźcem malarii bardziej niż pozostała ludność. Defekt ten występuje przede wszystkim u Afrykańczyków, Azjatów i mieszkańców krajów śródziemnomorskich, zwłaszcza w Izraelu.

Brak G-6-PD jest przyczyną zmniejszonej produkcji zredukowanego glutationu, którego rolą jest ochrona erytrocytów przed niszczącym działaniem substancji utleniających. Niektóre zakażenia, spożycie bobu oraz pewnych leków, w tym leków przeciwmalarycznych, sulfonamidów i kwasu acetylosalicylowego, powoduje powstanie nad-tlenków, które z braku G-6-PD nie mogą ulec rozpadowi i prowadzą do uszkodzenia erytrocytów. Jest ono przyczyną niesferocytowej niedokrwistości hemolitycznej, hemoglobinemii oraz hemoglobinurii.

David Szpecht



Biegunki

Od Redakcji: Każdy z nas nieraz miał biegunkę. Stanowi ona problem bardzo „osobisty”, zwłaszcza u osób podróżujących. Biegunki mają również wymiar globalny jako jedna z częstych przyczyn zgonów, głównie dzieci. Opracowanie niniejsze jest oparte o liczne materiały WHO oraz własny rozdział o biegunkach, przygotowany do druku w podręczniku wydawanym przez PZWL. Cholera, jako choroba połączona z biegunką, zostanie opracowana oddzielnie.

DEFINICJA BIEGUNKI I JEJ PRZYCZYNY

Biegunką nazywamy co najmniej 3 wypróżnienia dziennie, wodniste lub kałem luźnym, przyjmującym kształt naczynia, do którego został oddany. Przyjmuje się, że powodem biegunki jest przyspieszony pasaż jelitowy, nie pozwalający na absorpcję wody w jelicie lub też wzmożona objętość płynów nie wchłanianych w jelicie względnie wydalanych do jego światła. Codziennie 7-9 litrów płynu dostaje się do jelita cienkiego w postaci napoi, pokarmu lub wydzielanych soków trawiennych. Do jelita grubego przedostaje się zwykle tylko 1,5 litra płynu. O ile ilość ta przekracza 5 litrów dochodzi do biegunki, gdyż jelito grube ma ograniczone możliwości wchłaniania płynów.

Przyczyny powstawania biegunek są wielorakie. Przyspieszony pasaż jelitowy wiąże się ze stanem zapalnym jelita cienkiego, ale też może być rezultatem napięcia nerwowego np. biegunki związane ze stresem lub egzaminem. Uszkodzenie kosmków jelita cienkiego najczęściej jest spowodowane zakażeniem wirusowym, bakteryjnym lub pasożytniczym (malaria), ale może też być skutkiem zmiany diety, spożycia substancji toksycznych, w tym niektórych leków, rezultatem głębokiego niedożywienia, niedostatecznego stanu odporności lub reakcji związanej z nadwrażliwością (alergią) na niektóre pokarmy (np. mleko).

Czynniki zakaźne wywołujące biegunki przedstawione są w tabeli 1.

JAK ROZPOZNAĆ CHARAKTER BIEGUNKI?

Biorąc pod uwagę przebieg kliniczny biegunki dzieli się na ostre i przewlekłe, a ostre biegunki na wodniste i zawierające krew i śluz (dysenteria). Większość ostrych biegunek z czasem ustępuje samoistnie. W różnicowaniu ostrych biegunek pochodzenia zakaźnego istotnymi kryteriami jest towarzysząca gorączka i wymioty (tabela 1). Ostre biegunki dzieli się na biegunki krwawe z gorączką i często z wymiotami oraz bez gorączki i wymiotów oraz na biegunki bez

Tabela 1. Praktyczna klasyfikacja kliniczna biegunek z uwzględnieniem czynnika etiologicznego

Kategoria	Czynnik etiologiczny
Biegunki ostre:	
Wypróżnienia z krwią bez gorączki	pełzakowica, schistosomoza, trichurioza, inwazja <i>Balantidium</i> , biegunki po stosowaniu antybiotyków (<i>Clostridium difficile</i>)
Wypróżnienia z krwią, gorączką i wymiotami	biegunki bakteryjne (<i>Shigella</i> , <i>Campylobacter</i> , <i>Salmonella</i> , <i>Escherichia coli</i>) leiszmanioza trzewna
Wypróżnienia bez krwi i bez gorączki	kryptosporidioza zatrucie pokarmowe w tym toksynami bakterii (gronkowce, <i>Clostridium</i> , <i>Escherichia coli</i>) zakażenia wirusowe (wirus <i>Rota</i>) cholera niekompletny zespół niedrożności jelitowej zmiana diety sytuacje stresowe
Wypróżnienia bez krwi z gorączką i wymiotami	malaria, schistosomoza wiele infekcji dróg oddechowych i moczowych, zapalenie ucha środkowego u dzieci niektóre zakażenia <i>Salmonella</i> , <i>Shigella</i> i <i>Campylobacter</i>
Biegunki przewlekłe	Giardioza*, pełzakowica, schistosomoza, zarażenie niektórymi nicieniami jelitowymi (np. <i>Strongyloides</i> *), leiszmanioza trzewna zakażenia HIV, pozakaźny zespół zaburzeń wchłaniania*, tropikalna sprue*, niedobór dwusacharydazy*, nowotwór jelita grubego niektóre choroby układowe

* z nasilonymi zaburzeniami wchłaniania

wypróżnień krwawych z gorączką i wymiotami oraz bez gorączki.

Granicę między czasem trwania biegunki ostrej i przewlekłej ustalono na 10-14 dni. Biegunki o charakterze przewlekłym stanowią oddzielną kategorię i dzielą się na biegunki przewlekłe z zaburzeniami wchłaniania i bez tych zaburzeń.

Inwazje pasożytnicze mieszczą się głównie w kategorii ostrych biegunek bez gorączki (kryptosporidioza, giardioza, izosporidioza, mikrosporidiozy), niekiedy z krwią i ze śluzem (pełzakowica) oraz biegunek przewlekłych z zespołem upośledzonego wchłaniania lub bez (giardioza, kryptosporidioza, strongyloidoza).

Innym kryterium różnicującym biegunki jest obecność leukocytów w wypróżnieniach, świadczących o zapalnym procesie w jelicie grubym (pełzakowica, zakażenia *Shigella*, *Salmonella*, *Campylobacter*, *Escherichia coli* oraz cytotoksycznego *Clostridium*). Z kolei występowanie nudności i wymiotów przemawia za lokalizacją pasożyta w górnym odcinku przewodu pokarmowego np. larw *Anisakis* (gwałtowne wymioty) lub tasiemca *Taenia saginata* (przeważają nudności zwykle na czczo); rzadko towarzyszą im biegunki.

Podział na biegunki z zaburzeniami wchłaniania (absorpcji) lub sekrecyjne stosuje się nierzadko, ale jest on pewnym uproszczeniem złożonych mechanizmów prowadzących do biegunki, gdyż najczęściej nie można jednoznacznie rozdzielić tych dwóch procesów.

CZĘSTOŚĆ WYSTĘPOWANIA BIEGUNEK

Biegunki należą do często występujących objawów ze strony układu pokarmowego tak w Polsce jak i w skali globalnej. Według danych WHO ocenia się, że w świecie rocznie występuje 1.400.000.000 epizodów ostrych wodnistych biegunek, 200.000.000 epizodów biegunek z krwią i 200.000.000 milionów przypadków biegunek przewlekłych. Rocznie ginie z powodu biegunek 3.300.000 osób, z tego 80% stanowią dzieci do lat 2. Jest to w świecie nadal jedna z najczęściej występujących przyczyn zgonów u małych dzieci. Wśród zgonów z powodu biegunek 48% stanowią przypadki ostrych wodnistych biegunek, 15% – biegunek z krwią i 36% – biegunek przewlekłych.

Biegunki są częstym objawem u osób podróżujących, stykających się z egzotycznymi patogenami jelitowymi w warunkach sprzyjających zakażeniu. Biegunki są częste również w krajach rozwiniętych. Przyjmuje się, że w USA zaburzenia jelitowe występują średnio z częstością 1,5 do 1,9 na osobę na rok. U dzieci w USA częstość ta zwiększa się do 2-3,2 epizodów biegunek na rok (5 epizodów u dzieci uczęszczających do żłobka lub przedszkola). Dla porównania u dzieci w krajach rozwijających się występuje średnio 15-19 epizodów biegunek rocznie.

Niekiedy biegunki przyjmują charakter epidemiczny, zwłaszcza kiedy szerzą się drogą wodną. Należą tu epidemie cholery, salmonellozy, czerwonej bakteryjnej, kryptosporidiozy, biegunki w czasie epidemii włośnicy.

W porównaniu z rokiem 1980, w którym z powodu biegunki zginęło 15 milionów dzieci, odnotować należy pewną poprawę; w roku 2001 odnotowano „tylko” 10,8 miliona zgonów z powodu biegunek. Uważa się, że w latach 1990-2000 biegunki były odpowiedzialne za 21% zgonów najbardziej wrażliwych na biegunki dzieci do 5 lat tj. za około 2,5 milionów zgonów rocznie. Zmniejszenie liczby zgonów z powodu biegunek, obserwowane w ostatnich latach, wiąże się z powszechnie stosowanym leczeniem nawadniającym, stopniową poprawą stanu odżywienia m.in. dzięki dodatkowemu dożywianiu, edukacji kobiet, upowszechnieniu karmienia piersią, zmniejszeniu zapadalności na odrę oraz dzięki szczepieniom i widocznej w wielu miejscach poprawie stanu sanitarnego i higienicznego. Nie mniej biegunki u dzieci w tropiku będą jeszcze przez długi czas poważnym problemem klinicznym i epidemiologicznym.

ROZPOZNAWANIE BIEGUNEK

Rozpoznawanie biegunki jako objawu najczęściej wynika z wywiadu od pacjenta, obserwacji jakości wypróżnień (obecność krwi i śluzu, barwa i zapach wypróżnienia, wypróżnienia wodniste) oraz objawów towarzyszących (gorączka, wymioty) i masowego charakteru zachorowania. W niewielu zakażeniach i inwazjach biegunka jest głównym i niekiedy jedynym objawem (kryptosporidioza, cholera); często biegunka jedynie towarzyszy innym schorzeniom np. malarii, włośnicy.

Stąd też w rozpoznawaniu czynnika etiologicznego biegunek istotne jest zakwalifikowanie ich wg niżej podanych kryteriów:

- objaw podstawowy (cholera, kryptosporidioza) lub jeden z objawów (malaria, schistosomoza, włośnica, zapalenie ucha środkowego u dzieci),
- przebieg ostry (większość zakażeń wirusowych i bakteryjnych) lub przewlekły (giardioza, pełzakowica),
- biegunka wodnista (cholera, kryptosporidioza) lub tylko luźniejszy stolec,
- wypróżnienie z krwią (czerwonka bakteryjna i pełzakowica) lub bez,
- z gorączką (zakażenia wirusowe i bakteryjne) lub bez (czerwonka pełzakowa),
- z parciem na stolec (stany zapalne jelita grubego) lub bez uczucia parcia,
- z leukocytami w kale (m.in. czerwonka bakteryjna) lub bez,
- wynikające z wywiadu (podróż do tropiku) lub nie,
- związane z zachorowaniem grupowym (włośnica, zakażenia grypowe lub pseudogrypowe) lub nie.

Rozpoznanie laboratoryjne w biegunkach polega na makroskopowym opisie badanego kału (konsystencja, barwa, zapach, obecność krwi lub śluzu, obecność widocznych gołym okiem pasożytów takich jak człony tasiemca, owsiki, glista ludzka), na badaniu bakteriologicznym lub badaniu mikroskopowym kału na obecność leukocytów, cząstek

BIEGUNKI

(ciąg dalszy ze str. 9)

nie strawionych, trofozoitów i cyst pierwotniaków, jaj robaków lub larw nicieni oraz specyficznych koproantygenów. Badanie treści dwunastniczej jest wskazane przy podejrzeniu o giardiozę lub strongyloidozę, nie potwierdzonych badaniami kału. U pacjenta z tropiku z gorączką i biegunką należy zrobić zawsze rozmaz cienki krwi celem wykluczenia malarii.

LECZENIE BIEGUNEK

Każda biegunka, połączona z utratą wody i elektrolitów, wymaga nawodnienia, przeciwdziałania hipoglikemii oraz wyrównywania zaburzeń elektrolitowych. Najprostszym sposobem u pacjenta przytomnego i odwodnionego w miernym stopniu jest podawanie doustne zestawu soli uwadniających (ang. rehydration salts). Płyny nawadniające należy pić małymi łykami. Przy braku zestawu soli, np. w tropiku, podaje się wodę lub soki owocowe z dodatkiem cukru (łyżeczka na szklankę wody) i soli kuchennej (szczypta na szklankę wody). Pacjent, który nie przyjmuje płynów doustnie, a ma znacznego stopnia odwodnienie wymaga podawania płynów, glukozy i elektrolitów drogą parenteralną. Sposób oceny stopnia odwodnienia podaje tabela 2. W bie-

Tabela 2. Kliniczna charakterystyka odwodnienia

Stopień odwodnienia	Objawy	Postępowanie
< 5% <50 ml wody/kg mc niewielki	zwykle bez objawów	zwiększona ilość płynów podawanych doustnie
5-10% 50-100 ml/kg mc mierny, średnio ciężki	niepokój fałd skórny cofa się w czasie poniżej 1 sekundy	doustny zestaw soli nawadniających
>10% >100 ml/kg mc ciężki i bardzo ciężki	letarg fałd skórny cofa się w czasie większym niż 2 sekundy, zapadnięte gałki oczne i powłoki brzuszne	dożylne podawanie płynów i glukozy

gunkach jest niewskazane ograniczanie spożywania pokarmów stałych, o ile tylko pacjent ma na nie ochotę.

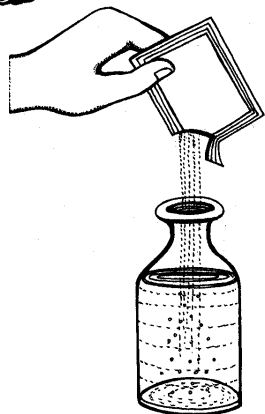
Biegunki na tle bakteryjnym i zapalnym wymagają stosowania antybiotyków. Należą do nich fluorochinolony, w tym ciprofloksacyna (1x500 mg/dobę) lub levofloksacyna (500 mg/dobę przez 1-3 dni). Wiele bakterii jest już opornych na trimetoprim-sulfametaksazol (TMP SMX, Biseptol) nie mniej ma on nadal zastosowanie w leczeniu niektórych

(dokończenie na str. 11)

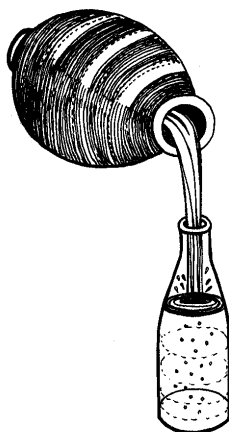
JAK PRZYGOTOWAĆ PŁYN NAWADNIAJĄCY ?



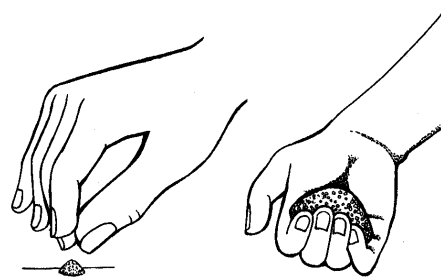
1. Przede wszystkim zagotować wodę.



2. Wsypać do czystego naczynia z gotowaną wodą zawartość torebki zawierającej mieszaninę soli wg zaleceń.



3. O ile nie masz torebki z mieszaniną soli to na 1 litr przegotowanej wody dodaj szczyptę soli i małą garść cukru.



„The Primary Health Worker”, WHO, Genewa, 1980.

Międzynarodowe kwartalniki

Bioetyka w krajach rozwijających się

*Od Redakcji: Problemy bioetyczne mogą mieć odmienny wyraz w krajach rozwijających się, mimo ogólnych zasad obowiązujących w całym świecie. Artykuł Dr hab. Anity Magowskiej przybliży ten problem czytelnikom Medicus Mundi Polonia. Artykuł został opracowany na podstawie: C. C. Clements: *Postmodern Malpractice: A Medical Case Study In the Cultural War*. Washington 2001; Ellen Hardy: *Long-Acting Contraception in Brazil and the Dominican Republic*. [W:] Ellen Moskovitz, Bruce Jennings: *Coerced Contraception? Moral and Policy Challenges of Long-Acting Birth Control*. Washington 1996, s. 206-216; artykuły z roczników: „Culture, Medicine and Psychiatry”, „Bioethics”, „Eubios Journal of Asian and International Bioethics”, „Developing World Bioethics” z 2002 r.*

W ciągu ostatnich lat utworzone zostały dwa nowe międzynarodowe kwartalniki poświęcone problematyce bioetyki w krajach rozwijających się i pozaeuropejskich. Są to „Eubios Journal of Asian and International Bioethics” (od 1991) oraz „Developing World Bioethics” (od 2001). W komitecie redakcyjnym „Eubios Journal...” organu Azjatyckiego Towarzystwa Bioetyki i Międzynarodowego Związku Nauk Biologicznych, zasiadają przedstawiciele medycyny, prawa, filozofii i bioetyki m.in. z uniwersytetów w Bangladesz, Malazji, Filipin, Nepalu, Pakistanu, USA, Australii, Kanady i Japonii, przy czym siedziba redakcji mieści się w Japonii. W składzie komitetu przyciągają uwagę nazwiska Helgi Kuhse kierującej Centrum Bioetyki Człowieka australijskiego Monash University oraz Petera Singera, obecnie związanego z amerykańskim Princetown University. Kuhse i Singer są nie tylko wybitnymi autorytetami w dziedzinie filozofii, ale także znanymi propagatorami etyki utilitarnej, całkowicie sprzecznej z etyką normatywną i wierzeniami religijnymi. Komentarza wymaga też Azjatyckie Towarzystwo Bioetyki (pierwotnie Wschodnioazjatyckie Towarzystwo Bioetyki), powołane w celu promowania bioetyki na tym największym kontynencie. Towarzystwo znajduje silne wsparcie w Japonii, mimo różnic kulturowych, najbliższej rozwiniętym gospodarczo krajom Zachodu.

Przykładem zakresu tematyki poruszanej na łamach „Eubios Journal...” mogą być artykuły z wydań z 2002 r.: Tade M. Sprangera o klonowaniu człowieka w Singapurze, Yu Kam Por o eutanazji pa-

sywnej, Franka J. Leavitta o bioetycznych aspektach wegetarianizmu, Sudhy Sivaram o leczeniu AIDS i prawach człowieka w Indiach, Barbary Prainsack o wpływie kultury Wschodu na respiratoryzację medycyny Zachodu, Soraja Hongladaroma o globalizacji, bioetyce i obyczajowości krajów rozwijających się. W treści artykułów przede wszystkim uderza silne sprzężenie zwrotne między potrzebami zdrowotnymi i systemami opieki zdrowotnej Zachodu i Wschodu. Pojawia się w nich też dążenie do spopularyzowania zachodnich standardów medycznych (np. definicji śmierci mózgu stanowiącej podstawę rozwoju transplantologii) w Azji i analizowane są bariery religijne (np. wpływ wierzeń w Karmę i reinkarnację), decydujące o braku społecznego poparcia dla transplantologii i eksperymentów genetycznych. Można powiedzieć, że czasopismo promuje utilitaryzm tam, gdzie dotąd posługiwano się etyką normatywną.

Z kolei redakcja „Developing World Bioethics” ma siedzibę na Uniwersytecie Witwatersrand w Johannesburgu w RPA, ale redaktorem naczelnym jest Ruth Chadwick, wybitna znawczyni problemów współczesnej bioetyki, z jednego z uniwersytetów angielskich. Przykładami artykułów z 2002 r. mogą być: raport o dostępie do leków w Kenii, RPA, Botswanie, USA, Kanadzie, Brazylii i Nigerii; Eduardo Rivero Lopeza o etyce i genetyce w krajach latyno-amerykańskich; Lesleya D. Henleya o ostatnich dniach życia hospitalizowanych dzieci chorych na AIDS; J. Younga o poglądach na samobójstwo w Japonii;

(ciąg dalszy na str. 12)

biegunek. Biegunki na tle pasożytniczym najczęściej wymagają stosowania specyficznych leków przeciw pasożytniczych (np. metronidazol, tinidazol). Lekiem objawowym jest Loperamid, spowalniający czynność motoryczną jelita; nie stosuje się go u dzieci i w przypadku biegunek z gorączką lub obecnością krwi w kale. Dawka początkowa loperamidu wynosi 4 mg, a następnie 2 mg po każdym wypróżnieniu, łącznie nie więcej niż 16 mg/dobę. W leczeniu biegunek zastosowanie mają również środki przywracające naturalną florę bakteryjną jelita (np. Carbolevure, Lacidofil, Lakcid). Uważa się, że stosowanie węgla aktywowanego (*Carbo medicinalis*) nie ma większego znaczenia w biegunkach w porównaniu do innych środków absorbujących np. pektyn, kaolinu i salicylanu bizmutu. Ten ostatni znajduje coraz szersze zastosowanie przeciwbakteryjne, przeciwzapalne i przeciwsekrecyjne. Salicylan bizmutu stosuje się w dawkach 2 tabletki (po 262 mg) 4 razy dziennie przez 2

dni. Leku nie powinno stosować się równocześnie z aspiryną z uwagi na możliwość przedawkowania salicylanów. Stosowanie salicylanu bizmutu może zmniejszać wchłanianie innych leków podawanych doustnie np. doksacykliny w chemioterapii malarii. Objawem nie pożądanym w stosowaniu salicylanu bizmutu jest czarne zabarwienie języka i kału.

Właściwe leczenie chorych na AIDS i inne choroby z towarzyszącymi biegunkami, zmniejsza występowanie biegunek wywoływanych przez pasożyty oportunistyczne.

Na ogół nie zaleca się leków zapobiegających biegunkom natomiast zwraca się uwagę na przestrzeganie podstawowych zasad higieny osobistej i odżywiania.

Do leków stosowanych niekiedy w profilaktyce biegunek należą: salicylan bizmutu, fluorochinolony oraz TMP SMX.

Prof. Zbigniew Pawłowski

Bioetyka w krajach rozwijających się

(ciąg dalszy ze str. 11)

D. Diniza o korzystaniu z technik wspomaganego zapłodnienia w Brazylii; L. van Bogaerta o aspektach przyzwolenia na aborcję w krajach rozwijających się. Jak widać, na łamach tego czasopisma narodziny, życie, zdrowie i śmierć są traktowane jako nie tylko fakty biologiczne, ale i kulturowe.

Nie tylko te czasopisma, ale także liczne artykuły poświęcone problemom etyki biomedycznej ukazujące się na łamach np. interdyscyplinarnego periodyku „Culture, Medicine and Psychiatry” (np. w 2002 r.: „HIV, Disease Plague, Demoralization... Experience of Medical Profession in Nairobi, Kenia”) lub kształtowanego przez Petera Singera i innych rzeczników utilitaryzmu kwartalnika „Bioethics” (np. w 2001 r. „Poverty and Health Ethics in Developing Countries”), pozwalają mówić o eksplozji zainteresowań potrzebami zdrowotnymi krajów o rozwijających się, a także ich tłem ekonomicznym, etnicznym, kulturowym, religijnym i politycznym. Znalazło to wyraz w działaniu organizacji międzynarodowych dzięki powszechnej kampanii medialnej zostało rozpropagowane bezprecedensowe działanie WHO i innych organizacji zwiększające dostęp do leków w krajach rozwijających się, np.: zapoczątkowany w 1985 r. program monitorowania narodowych strategii racjonalizacji zużycia leków. Program liberalizacji ochrony praw własności intelektualnej przez, skupiającą 140 państw Organizację Handlu Światowego (World Trade Organisation), pozwolił na zastąpienie drogich leków opatentowanych tanimi generykami. Wreszcie światowa kampania eliminowania niedoboru witaminy A w pożywieniu dzieci w Afryce i w Azji Wschodniej, UNICEF’u wprowadziła podawanie jednorazowej dużej dawki raz lub dwa razy w roku.

Przedmiotem studiów podejmowanych przez bioetyków są jednak nie tylko problemy odpowiedzialności krajów zamożnych za dostęp do podstawowych leków w krajach o niskim dochodzie narodowym i wolnym tempie wzrostu gospodarczego. Kilka lat temu, na fali zainteresowań zdrowiem obywateli krajów rozwijających się, ujawniono sprzeczny z etyką sposób kontroli urodzeń w Brazylii i Dominikanie. W 1960 r., podawany raz na miesiąc w postaci iniekcji, środek antykoncepcyjny o nazwie dihydroxyprogesterone

acetophenide został usunięty z europejskiego rynku farmaceutycznego z uwagi na działania niepożądane. Na zlecenie amerykańskiego Food and Drug Administration środek ten został przebadany w USA na zwierzętach, ale producent nie ujawnił wyników testów. Od 1980 r. preparat ten jest masowo ordynowany w Ameryce Południowej, gdzie także na dużą skalę i bez informowania o następstwach podawany jest kobietom poniżej 25 roku życia kontrowersyjny Norplant, po 5 latach stosowania powodujący nieodwracalną bezpłodność.

Bogata literatura bioetyczna dotycząca krajów rozwijających się wskazuje ponadto na tło polityczne pandemii HIV/AIDS. W ocenie C. C. Clements, jej zwalczanie zbyt późno zyskało wsparcie krajów rozwiniętych z uwagi na silną pozycję polityczną grup homoseksualnych w USA, najpierw oskarżających inicjatorów działań prewencyjnych o dyskryminację, potem korzystających z pandemii jako z okazji do umocnienia pozycji społecznej mniejszości seksualnych, wreszcie wymuszających na rządzie by zamiast rejestrów osób zarażonych i ich partnerów zaangażował się w edukację uświadamiającą przyczyny choroby. Także w Afryce kraje rozwinięte kładą nacisk na prewencyjną edukację, która niekiedy ma zastępować masowe badania przesiewowe za pomocą – zbyt kosztownych jak na ten kontynent – testów wykrywających zarażenie HIV/AIDS. W krajach tropikalnych jednak prewencyjna edukacja natrafia na trudności m.in. dlatego, że wielu mieszkańców Afryki nie wierzy w skuteczność walki z HIV/AIDS, mając już negatywne doświadczenia w zwalczaniu gruźlicy i malarii, a ponadto wierząc, że czynnikiem infekcji mogą być również owady.

W dziedzinie opieki zdrowotnej kraje rozwijające się potrzebują wsparcia finansowego krajów zamożniejszych. Trudno jednak nie dostrzec, że globalizacja osiągnięć medycyny zachodniej nie jest możliwa bez uzyskania akceptacji społecznej także w krajach rozwijających się. Jest to widoczne zwłaszcza w przyjętej 1 marca 2002 r. przez japoński Instytut Bioetyki Eubios – Deklaracji Międzynarodowej Bioetyki, która nawiązuje do Deklaracji Praw Człowieka Narodów Zjednoczonych. Między innymi warunkuje ona klonowanie tkanek lub narządów ludzkich w celach terapeutycznych wyborem i zgodą pacjentów, a ponadto uwzględnia możliwość klonowania ludzi, ale dopiero po uzyskaniu akceptacji światowej opinii publicznej.

Anita Magowska

Szkolenie:

Kursy

Lipiec 7-13, 2003

Kurs pt. „Opieka Zdrowotna w Tropiku”, organizowany przez Fundację Redemptoris Missio i Klinikę Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych AM w Poznaniu odbędzie się w dniach 7-13 lipca w Poznaniu na terenie Państwowego Szpitala Klinicznego Nr 2 przy ulicy Przybyszewskiego 49. Kurs przeznaczony jest dla osób pracujących lub zamierzających pracować w ośrodkach tropikalnych. Ter-

min zgłaszania uczestnictwa w kursie wprawdzie już minął, ale nie wykluczone, że będzie jeszcze kilka wolnych miejsc. Wszelkich informacji udziela Biuro Fundacji przy ul. Dąbrowskiego 79, pokój 503; tel. 847 74 58 w. 195.



Sierpień 19-23, 2003

Termin kursu pt. „Problemy medyczne na misjach” uległ przesunięciu o kilka dni. Kurs rozpoczyna się we wtorek dnia 19 sierpnia i kończy się w sobotę dnia 23 sierpnia.

Kurs, organizowany jest przez Fundację Redemptoris Missio w Poznaniu oraz Centrum Formacji Misyjnej w Warszawie, ma charakter podstawowy i przeznaczony jest dla osób zamierzających wyjechać do ośrodków w tropiku. Kurs odbędzie się w Centrum Formacji Misyjnej w Warszawie. Centrum przyjmuje zgłoszenia oraz udziela bliższych informacji odnośnie zakwaterowania.

Adres: Centrum Formacji Misyjnej, ul. Byszewska 1, skrytka pocztowa 112, 03-697 Warszawa, tel. (022) 679 67 28 lub 679 68 95.

Kobiety a zdrowie społeczności

Od Redakcji: Nie ma wątpliwości, że kobietom należy się właściwe miejsce w społeczności i że odgrywają one istotną rolę w ochronie zdrowia rodziny. W krajach rozwijających sprawa nie jest tak oczywista. Wyniki badań roli kobiet opracowała Ewa Koźmińska, członek Zarządu Fundacji na podstawie „Towards the Healthy Women Counselling Guide. Ideas from the Gender & Health Research Group” UNDP, World Bank, WHO, Genewa 1995. Jest to jedno z pierwszych, ale nadal aktualnych, opracowań dotyczących zdrowia i kobiet.

Tematyka zdrowia kobiety nieczęsto jest brana pod uwagę w międzynarodowych programach zdrowia. Skutecznie wypierają ją problemy związane z planowaniem rodziny czy wychowaniem zdrowych dzieci.

W afrykańskich społecznościach to właśnie kobiety są odpowiedzialne za stan zdrowia swoich bliskich. To one jako pierwsze szukają pomocy u uzdrowicieli, ufając w skuteczność medycyny naturalnej, bądź też udają się do miejscowych ośrodków zdrowia. Kobiety korzystają z wizyt w ośrodkach zdrowia, szukając w nich raczej pomocy dla swoich dzieci niż dla samych siebie. Tradycyjna rola kobiety, jako żony i matki, wymaga od niej opieki nad innymi członkami rodziny. Najczęściej jest ona pierwszą osobą odpowiedzialną za podjęcie decyzji o sposobie leczenia, opiece w domu lub w szpitalu chorego członka rodziny. Mimo to współczesna medycyna przywiązuje wciąż zbyt małą wagę do rozpowszechniania wiedzy medycznej wśród kobiet.

Aby zmienić tę sytuację WHO stworzyło programy promujące zdrowie kobiet w krajach afrykańskich. Są one skierowane przede wszystkim do kobiet ze środowisk wiejskich oraz ubogich dzielnic miejskich.

Skuteczność przekazywania zawartej w nich informacji o pomocy medycznej opiera się na spełnieniu trzech warunków:

- właściwe miejsce – kobiety powinny częściej korzystać z istniejących już ośrodków medycznych, w których możliwe jest udzielanie fachowej pomocy oraz informacji.
- właściwy sposób informowania powinien być zgodny z lokalną kulturą i przyzwyczajeniami miejscowej ludności. Drastycznym przykładem ich lekceważenia jest nieodpowiedni program zapobiegania schistosomozie przeprowadzany w Egipcie. Akcja telewizyjna promująca używanie obuwia przy korzystaniu z akwenów wodnych została tam wyśmiana z tej prostej przyczyny, że miejscowe kobiety nie noszą w ogóle obuwia!
- właściwy czas – dotyczy dopasowania terminu szkoleń lub wizyt w klinikach do obowiązków domowych lub czasu pracy zarobkowej kobiet. Duże znaczenie ma również czas oczekiwania na poradę medyczną; zbyt długi wprowadzie zniechęca kobiety do czekania w kolejce, ale może być wykorzystywany dla udzielania informacji.

ZAANGAŻOWANIE KOBIET

Tradycyjnie sprawy związane ze stanem zdrowia danej społeczności podlegają starszyźnie lub urzędnikom państwowym. Potrzebna jest zmiana sposobu myślenia kobiet (i nie tylko kobiet) tak, aby poczuły się one współodpowiedzialne za stan zdrowia innych ludzi należących do ich wspólnoty.

POZNANIE MIEJSCOWYCH POTRZEB

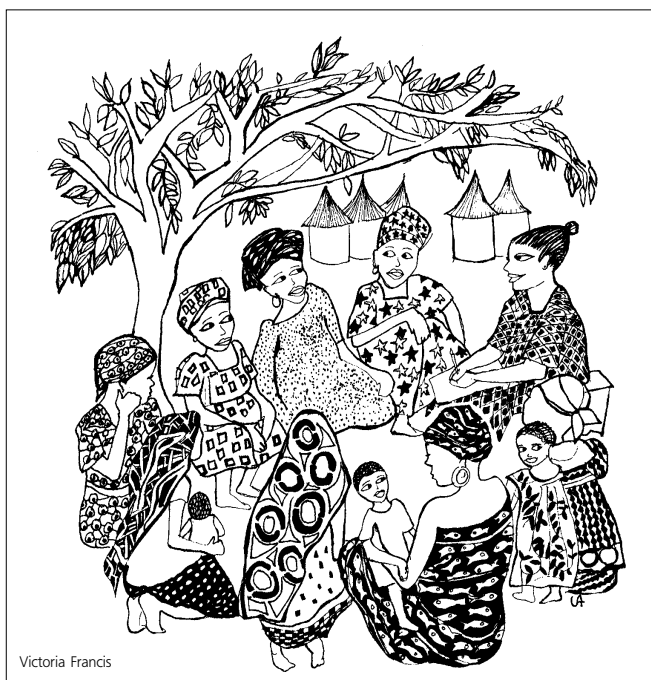
W tworzeniu każdego programu zdrowia niezbędne jest poznanie miejscowych potrzeb, przyzwyczajajeń czy wszelkich okoliczności, które mogą mieć wpływ na skuteczność wprowadzanych zmian. Badania wskazują, że tak często opisywana „obojętność” lub „ignorancja” miejscowej ludności, wynika przede wszystkim z niedopasowania programu do realiów życia w danej społeczności.

TRADYCYJNA ROLA KOBIETY

Dużą wagę należy przywiązać do propagowania wizerunku kobiety jako opiekunki pozostałych członków rodziny i istotnego członka plemienia czy innej społeczności, np. religijnej. Świadomość tych naturalnych funkcji kobiety jest bardzo przydatna przy wprowadzaniu nowych programów ochrony zdrowia.

O czym należy pamiętać przy wprowadzeniu zaleceń zdrowotnych:

(ciąg dalszy na str. 14)



Victoria Francis

Kobiety a zdrowie społeczności

(ciąg dalszy ze str. 13)

- dyskryminacja kobiet jest nadal znaczna, zwłaszcza w afrykańskich warunkach. Wpływa to negatywnie na stopień wykształcenia kobiet i przyczynia się do analfabetyzmu, a w rezultacie na brak dostępu również do informacji medycznych,
- z drugiej strony niektóre kobiety mają wysoką pozycję społeczną i na ogół kobiety wzajemnie popierają się,
- zależność finansowa kobiet od mężczyzn utrudnia wprowadzenie wszelkich wymagających wydatków zmian w kulturowych przyzwyczajeniach dotyczących higieny i innych dziedzin medycyny,
- religia ma znaczny wpływ na status kobiety w społeczności lokalnej i może pomóc w edukacji prozdrowotnej,
- wciąż panuje przekonanie, że kobieta powinna przedkładać dobro swojej rodziny ponad własne potrzeby, np. leczenie.

DLACZEGO KOBIEТЫ NIE DBAJĄ O WŁASNE ZDROWIE?

Za najważniejsze przyczyny tego ogólnie znanego faktu uważa się:

- brak dostępności do właściwego leczenia lub jego zbyt wysoki koszt. Często miejscowi uzdrowiciele stanowią konkurencję dla ośrodków zdrowia proponując tańsze i „lepsze” leczenie;
- brak możliwości korzystania z pomocy kobiet-lekaczy. Ma to olbrzymie znaczenie zwłaszcza wśród społeczeństw islamskich, gdzie badanie kobiety przez lekarza płci męskiej uchodzi za obrazę, a nawet za hańbę;
- niedostosowanie zaleceń do realiów życia, np.: propagowanie zdrowego żywienia w rejonach objętych głodem lub mycia rąk, gdy wodę trzeba przynosić z rzeki oddalonej o kilka kilometrów;
- utrudniony dostęp do najbliższego ośrodka zdrowia, oddalonego niekiedy i o 50 km od wioski, może skutecznie uniemożliwić jakąkolwiek opiekę zdrowotną;
- czekanie z szukaniem pomocy medycznej aż do znacznego pogorszenia się stanu chorej;
- obawa przed przyznaniem się do choroby, która w danej społeczności może być postrzegana jako rodzaj kary i piętna. Dotyczy to zwłaszcza chorób przenoszonych drogą płciową, chorób z wyraźnie manifestującymi się objawami, np. trądu i padaczki lub widocznych śladów świadczących o przemocy w rodzinie;
- tradycyjne praktyki, np. obrzezanie, mogą również stanowić powód do unikania wizyt lekarskich;
- przekonanie, że kobiety powinny być „silne ponad wszystko”

DEFINICJA „KOBIEТЫ ZDROWEJ”

W patriarchalnych społecznościach pojęcie „kobiety zdrowej” jest dokładnie określone: powinna ona ciężko pracować, dobrze wyglądać i zadowalać mężczyznę. W niektórych przypadkach



Victoria Francis

kobiety przewlekłe chore np. z powodu niedokrwistości sierpowatej, są pozostawiane lub odsyłane do rodziny. W społecznościach poligamicznych kobieta chora traci swoją pozycję na rzecz kobiet zdrowych. W konsekwencji tego kobiety starają się ukrywać swoje dolegliwości i nie podejmują leczenia. Kobiety fizycznie upośledzone np. w wyniku słońiowaczyny nóg, nie wychodzą za mąż i są często izolowane od społeczności.

GDZIE KOBIEТЫ MOGĄ SZUKAĆ INFORMACJI O ZDROWIU?

W Kenii informacje na ten temat pochodzą z wielu źródeł: rozmów w ośrodku zdrowia, plakatów, spotkań w kościele, audycji radiowych itd. Specjalne znaczenie mają spotkania kobiet w grupach dyskusyjnych, podczas których mogą one swobodnie wyrażać swoje opinie i szukać odpowiedzi na pytania, które w innych warunkach wywołują zakłopotanie lub są tematem tabu. Kobiety wolą interaktywne metody zdobywania wiedzy wymagające ich aktywnego udziału. Kolejnym popularnym sposobem przekazywania informacji jest śpiewanie piosenek opisujących dane zagadnienie.

W Nigerii głównym źródłem wiedzy dla islamskich kobiet okazało się być radio, które umożliwia im edukację, skądinąd nieosiągalną wobec nakazu pozostawania w domu.

W Sierra Leone wiedza medyczna pochodzi głównie z ust miejscowych uzdrowicieli lub pracowników służby zdrowia.

Zalecenia WHO w sprawie wprowadzania programów zdrowotnych w krajach afrykańskich oparte zostały na licznych badaniach w Nigerii, Sierra Leone oraz w Kenii. Zawierają one szczegółowe opisy przyczyn niepowodzeń we wprowadzaniu programów w życie, co pozwala uniknąć popełniania podobnych błędów podczas kolejnych przedsięwzięć. Cieszy fakt, że również w krajach afrykańskich zaczęto zwracać uwagę na potrzebę tworzenia szerszych programów adresowanych do kobiet, wykraczających poza, omawiane w przeszłości, zagadnienia porodu i opieki nad dziećmi.

Ewa Koźmińska

Posługa lecznicza Kościoła

(ciąg dalszy ze str. 16)

Niewątpliwie niektóre elementy rozwoju zasobów ludzkich wymagają oceny naukowej, wzajemnej wymiany zarówno pozytywnych jak i negatywnych wyników pracy przy udziale miejscowych pracowników ochrony zdrowia, dla których taka ocena będzie elementem szkolenia (A brain storm, Antwerpia, 30 kwietnia 2002).

W lutym 2003 roku Cordaid (holenderski członek MMI o bogatym 75-letnim doświadczeniu) zmienił dotychczasową politykę pomocy przyjmując nowe zasady, które jednakże mogą zmieniać się lub ulegać adaptacji w zależności od potrzeby. Zasadą nowego podejścia jest stwierdzenie, że instytucje kościelne powinny działać w zakresie ochrony zdrowia na poziomie „dystryktu”, współpracując na tym szczeblu z organizacjami rządowymi i niektórymi organizacjami pozarządowymi, ale nie rezygnując z zachowania swojej tożsamości. Ta współpraca powinna być ujęta w kontrakcie w sposób jasny uwzględniającym prawa i obowiązki stron. Cordaid popiera udział sektora kościelnego w District Health Management Team. Cordaid zaleca przy tym konsultacje w skali krajowej w sprawach takich jak zawieranie kontraktów, monitorowanie pracy, okresowa ocena działalności; celowe byłyby regionalne lub krajowe spotkania biskupów dla wzajemnej wymiany informacji. Cordaid bardziej popiera zaangażowanie instytucji kościelnych w działalność peryferyjna ochrony zdrowia (Primary Health Care) niż zaangażowanie w wybiórczo prowadzone akcje (SWAp). Cordaid docenia znaczenie pomocy technicznej, ale nie na drodze organizowania nadmiaru spotkań i konsultacji; w tym względzie oczekuje na sugestie ze strony zainteresowanych.

Nie mniej Cordaid uważa za celowe organizowanie kursów szkoleniowych i wszelkich form wymiany doświadczeń. Cordaid jest za tym, aby zmniejszyć zatrudnienie personelu medycznego z innych krajów, o ile odpowiednio przeszkolony personel lokalny jest dostępny. Strategia Cordaid idzie w 2 kierunkach: 1) integracji działania organizacji mających za cel podniesienie poziomu usług świadczonych przez pracowników służby zdrowia i osób zajmujących się zarządzaniem, 2) popieranie instytucji zajmujących się szkoleniem i edukacją pracowników służby zdrowia i zarządzania.

Cordaid uważa, że Kościół ma ogromne zasługi i doświadczenie w świadczeniu usług zdrowotnych, ale wypełnienie ich – o ile są one nadal potrzebne – nie powinno uciec w wyniku starań o sformalizowanie współpracy instytucji pozarządowych i rządowych. Z drugiej strony Cordaid będzie popierał inicjatywy prowadzące do pełniejszej współpracy z miejscowymi społecznościami w zakresie ochrony zdrowia na drodze zdecentralizowanego działania w terenie (luty 2003, Guus Eskens, wice-dyrektor Cordaid).

Uganda Catholic Medical Bureau (UCMB) koordynuje pracę 3600 pracowników w 27 szpitalach okręgowych i 207 mniejszych szpitalach misyjnych; razem dysponują one 7.628 łózkami (54% ogółu łóżek szpitalnych w Ugandzie). Poza tym UCMB prowadzi 11 z pozarządowych szkół dla pielęgniarek. Usługi te są płacone częściowo przez stronę rządową (19% wydatków), osoby korzystające z usług szpitali (42%) i z innych źródeł (39%). W roku 2002 UCMB zorganizowało 8 konferencji szkoleniowych. Kontakty z 27 szpitalami i z 17 diecezjalnymi biurami medycznymi są możliwe poprzez Internet.

UCMB działa w kierunku tworzenia świata, w którym:

- Indywidualne osoby, rodziny i społeczności będą starały się uprawiać zdrowy styl życia w jego najpełniejszej formie.
- Rodziny i lokalne społeczności będą w stanie udzielać pomocy tym, którzy cierpią.
- Ci, którzy cierpią znajdą leczenie i wszelką pomoc w duchu chrześcijańskiej solidarności.

Cel ten będzie realizowany w następujący sposób:

- Ośrodki zdrowia będą oferowały pomoc leczniczą i prewencyjną w sposób dostępny dla wszystkich na danym terenie.
- Usługi te będą dostarczane w formie stosownej do lokalnych warunków socjalnych i ekonomicznych.
- Pracownicy ochrony zdrowia będą współpracować z lokalnymi społecznościami i z odpowiednimi instytucjami w zakresie poprawy stanu zdrowotnego populacji poprzez wciągnięcie tych społeczności do realizacji zadań zgodnych z lokalnymi potrzebami i priorytetami.
- Usługi te będą zintegrowane z programami innych instytucji zdrowotnych lub będą stanowić ich uzupełnienie w kontekście regionalnego (district) systemu opieki zdrowotnej.
- Usługi te są prowadzone w porozumieniu z innymi instytucjami, odpowiedzialnymi za ogólny rozwój regionu. (UCMB Bulletin, vol. 6, nr 2. 2003)

Na tle w/w przedstawionych dokumentów uważa się za wysoce uzasadnione zwołanie roboczej konferencji biskupów afrykańskich krajów anglojęzycznych w Kampali z początkiem roku 2004.

Organizatorami konferencji w Kampali są:

- ze strony MMI: Dr Miguel A. Argal – prezydent MMI, Guus Eskens – wice-dyrektor Cordaid, Holandia, Tom Puls – Zarząd MMI, Holandia, Dr Edgar Widmer – Zarząd MMI, Szwajcaria;
- ze strony Papieskiego Biura ds. Ochrony Zdrowia: Arcybiskup Javier Lozano – prezydent, Mgr Jean-Marie Mpendawatu – przedstawiciel Biura przy WHO, Mgr Jose Redrado – sekretarz;
- ze strony Ugandyjskiego Katolickiego Biura Medycznego: Arcybiskup Mbarara – Paul Bahyenga, Mgr Pierre Christophe, nuncjusz apostolski w Ugandzie, Dr Daniele Giusti, sekretarz, Dr Marieke Verhallen, doradca.

Posługa lecznicza Kościoła

Od Redakcji. Terroryzm, globalizacja, kryzys ekonomiczny stawiają nowe wymagania również posłudze lekarskiej Kościoła w krajach rozwijających się. Na dorocznym posiedzeniu Zarządu Medicus Mundi International (MMI) Dr Edgar Widmer przedstawił zestaw dokumentów przygotowanych na mającą odbyć się z początkiem 2004 roku w Kampali konferencję biskupów z anglojęzycznych krajów afrykańskich. Zestaw obrazuje aktualną politykę MMI w sprawach ochrony zdrowia. Obszerne streszczenie tych dokumentów, dokonane i tłumaczone przez Zbigniewa Pawłowskiego, jest przedstawione poniżej.

Atak terrorystyczny dnia 11 września 2000 roku zwrócił uwagę na to, że drogą do pokoju na świecie jest zwalczanie nędzy. To stwierdzenie zostało przyjęte przez Bank Światowy, agendy Narodów Zjednoczonych, Wspólnotę Europejską i uczestników szczytu G8 oraz szeroko poparte przez większość organizacji pozarządowych. W krajach afrykańskich udział organizacji pozarządowych, zwłaszcza szpitali misyjnych, jest nadal znaczny. Udział ten wymaga współpracy, opartej na obustronnym poszanowaniu, zrozumieniu i uzupełnianiu się oraz na dialogu. Ażeby współpracę taką ułatwić MMI zainicjował i doprowadził do przyjęcia przez Zgromadzenie Ogólne WHO rezolucji ułatwiającej zawieranie między organizacjami pozarządowymi (w tym misjami) i instytucjami rządowymi kontraktów na usługi w zakresie ochrony zdrowia (patrz wyżej z działalności MMI). Obecnie MMI przygotowuje serię dokumentów omawiających rolę zasobów ludzkich, w realizacji wspólnej efektywnej ochrony zdrowia.

Na międzynarodowym posiedzeniu nt. Zdrowie dla Wszystkich, organizowanym przez Instytut Medycyny Tropicznej w Antwerpii, w listopadzie 2001 roku, omawiano wielokierunkowy program podniesienia poziomu usług przez pracowników zdrowia publicznego. W skład tego programu wchodziłyby: stworzenie odpowiednich warunków pracy i ustalenie stosownego wynagrodzenia, umożliwienie dostępu do podstawowej pomocy fachowej medycznej, w tym leków, zabezpieczenie stałej pomocy specjalistycznej i menadżerskiej z zewnątrz, dodatkowe uznanie i nagrody za dobre wyniki pracy. Kontrakty między pracodawcą, a pracownikami powinny uwzględniać takie elementy w/w programu jak właściwy wybór zleconych obowiązków, przestrzeganie godzin pracy, rezygnacja z przyjmowania od pacjentów wynagrodzenia za usługi lub leki i materiały, przeznaczone na działalność ogólną oraz zaniechanie kierowania pacjentów do praktyki prywatnej. Niedostateczne wynagrodzenia lekarzy i pielęgniarek prowadzi do frustracji, nieobecności w pracy, korupcji, niewłaściwego wykorzystywania dostępnych leków i funduszy oraz szukania lepszej pracy za granicą. Powstaje pytanie, czy część pomocy z zewnątrz nie powinna być przeznaczana na dodatkowe wynagrodzenie lokalnego personelu medycznego (MMI Newsletter Nr 68, 2002).

Na posiedzeniach w lutym 2002 i we wrześniu 2002 MMI postanowił skoncentrować swoje działania na rozwoju zasobów ludzkich (Human Resources Development – HRD) na terenie Afryki na południe od Sahary w pozarządowych jednostkach peryferyjnych, zwłaszcza w zakresie ich współpracy z instytucjami rządowymi. Ośrodki koordynujące powinny posiadać nie budzący wątpliwości mandat i być kompetentne. Osoby pracujące w nich powinny przejść szkolenie w prowadzeniu dialogu w sprawach dotyczących współpracy, polityki zdrowotnej i wymiany informacji z uwzględnieniem ekonomii ochrony zdrowia. Ośrodki koordynujące powinny stać się centralnym punktem dla gromadzenia doświadczenia, nawiązywania więzów współpracy i formułowania lokalnej polityki zdrowotnej.

Osoby odpowiedzialne za prowadzenie instytucji o charakterze medycznym, w tym władze kościelne, powinny być przygotowane do wypełniania w/w zadań. W tym celu zaleca się organizowanie seminariów omawiających zadania posługi lekarskiej Kościoła. Konferencje biskupów powinny jasno zdefiniować zakres posługi leczniczej Kościoła i być obeznane ze stale zachodzącymi zmianami w zakresie ochrony zdrowia. Każda diecezja powinna mieć swojego zawodowego doradcę w sprawach poprawy motywacji i kompetencji pracowników służby zdrowia i zatrudniania ich w sposób optymalny do oczekiwanych zadań. Tego rodzaju doradcy powinni pracować w Zespole (Health Committee), mającym jasną wizję zadań w zakresie ochrony zdrowia i sposobu ich realizacji. Doradcy powinni być specjalnie przygotowani w zawieraniu, zgodnie ustalonego przez wszystkie zainteresowane strony, porozumienia w poczynaniach dotyczących zasad miejscowej polityki zdrowotnej (dokumenty MMI).

Organizacje pozarządowe oferujące pomoc powinny być świadome, że przygotowanie odpowiednich zasobów ludzkich, jest istotną częścią pomocy. Powinny one rozwijać umiejętności dialogu z partnerami, gdyż brak dialogu wyklucza współpracę i w najlepszym razie prowadzi do „poprawnego zarządzania złymi projektami” (Peter Kok).